

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 978 de 2017

Carpeta Nº 1485 de 2016	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

SALUD MENTAL

PACIENTES CON FIBROMIALGIA

COMISIÓN HONORARIA DEL PATRONATO DEL PSICÓPATA

SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS UDELAR

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 3 de mayo de 2017

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Miembros: Señores Representantes Walter De León, Egardo Mier, Nibia Reisch y José Luis Satdjian.

Delegada de Sector: Señora Representante Stella Viel.

Invitados: Por la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, doctores Graciela Alfonso, Virginia Pedetti, Rodolfo Schicke y Ricardo Acuña.

Pacientes con fibromialgia, señoras Rosa Mari Otero, Claudia Souto y Adriana Robaina.

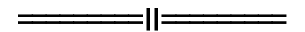
Por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, doctores Cecilia Idiarte Borda y Rafael Sibils.

Por la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, doctoras Beatriz de León y Mariela Pérez.

Por la Asociación de Psiquiatras del Interior, doctora María Concepción Ballocco.

Por la Clínica de Psiquiatría de Adultos UDELAR, doctora Sandra Romano y por el Sindicato Médico del Uruguay, doctor Alfredo Toledo.

Secretaria: Señora Myriam Lima.



SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Damos la bienvenida a las señoras Virginia Pedetti y Graciela Alfonso, y a los señores Rodolfo Sichke y Ricardo Acuña.

SEÑORA ALFONSO (Graciela).- Soy la presidenta interina de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y la directora del Hospital Vilardebó, por lo cual también su representante.

Nosotros les mandamos un memo que resume los cometidos de la Comisión y el motivo por el cual solicitábamos la entrevista. Como es de conocimiento de todos, está en trámite la nueva ley de salud mental y el tema que nos convoca es la necesidad de avanzar en el proceso para que se logre su aprobación. Venimos a plantear nuestra adhesión al proyecto de ley que está en discusión y la necesidad de que los tiempos se abrevien, puesto que para nosotros sería un respaldo fundamental contar con una ley. Será de vital importancia para quienes estamos en el ámbito sanitario y, sobre todo, para los usuarios de nuestros servicios de salud, para los familiares y para todos los colectivos. Seguramente, con el enfoque que la ley le da, el paciente va a quedar colocado en el centro del proceso asistencial, con un enfoque de derechos y con el aseguramiento de la continuidad de los procesos asistenciales, la mejora de la calidad y los aspectos que tienen que ver con la rehabilitación y la recuperación.

Si ustedes lo desean, podemos hacer un intercambio y se pueden presentar quienes me acompañan, que son representantes de distintos ámbitos como la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, los familiares y un técnico del centro de rehabilitación Martínez Visca.

SEÑOR SHICKE (Rodolfo).- Integro la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata -un nombre que no nos es nada grato, pero es el que está dispuesto- en representación de la comunidad, en mi carácter de familiar. Hace unos días, recibieron a la Federación Caminantes, que yo integro y represento. Por suerte, tenemos la oportunidad de presentar la opinión de Caminantes en el ámbito de la Comisión Honoraria y coincidimos en la necesidad y la urgencia de que el proceso de aprobación del proyecto sea lo más breve posible, por las consecuencias que tiene.

Para nosotros, lo convalida mucho el hecho de que hayamos participado una gran cantidad de sectores en la formulación del proyecto, incluidos los propios usuarios. Es de desear que con el tiempo, los familiares les cedamos el puesto y sean ellos los que puedan representarse. En la formulación del proyecto también tuvieron participación.

SEÑOR ACUÑA (Ricardo).- Yo represento a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

Es un órgano único en cuanto a su integración, porque allí intentamos llevar adelante las políticas dirigidas al bienestar de los pacientes y sus familias, pero estamos representados ASSE, la Sociedad de Psiquiatría, los técnicos, la comunidad, los familiares. Es el único organismo con estas características; de ahí su importancia. Nuestras instituciones van a venir a nivel particular, pero pensábamos que era necesaria nuestra presencia, un poco como organismo que aglutina a todas las organizaciones que nombré y que estamos de acuerdo, justamente, en la necesidad de la pronta aprobación de este proyecto, porque estamos convencidos de que tiene todas las garantías para los pacientes, que es un marco habilitante, es decir, que con la reglamentación de la ley y la elaboración del Plan Nacional Integrado de Salud Mental permite promover cambios muy

importantes, a tono con los países más avanzados en el mundo, pero necesitamos el soporte normativo para empezar a realizar esos cambios.

SEÑORA PERETTI (Virginia).- Soy la directora técnica del Centro Martínez Visca, dependiente de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Este centro fue creado en 1971, o sea que tiene una vasta experiencia en los tratamientos de rehabilitación psicosocial y recuperación de personas con trastorno mental.

Actualmente, trabajamos con más de trescientas personas y sus familias para lograr la inclusión en el pleno uso de sus derechos.

SEÑOR MIER (Egardo).- Soy el doctor Mier, diputado por Treinta y Tres.

La Comisión ha asumido el compromiso de ser lo más diligentes y rápidos posibles en la aprobación de este proyecto de ley que llegó del Senado y estamos en la etapa de ir analizando y aprobando el articulado, a la vez de ir recibiendo delegaciones como la de ustedes y las que hemos recibido en estos días. Tengan la certeza de que estamos trabajando mucho en esto, para ser lo más rápidos que podamos.

¿Debo entender que ustedes no quieren hacer ninguna sugerencia ni corrección al proyecto recibido? Lo pregunto porque estamos en la etapa en que nos planteamos si podemos o debemos realizar algún cambio o enriquecimiento del proyecto que tenemos en carpeta.

SEÑORA ALFONSO (Graciela).- Efectivamente, lo que planteamos es que la ley sea aprobada en las condiciones en que se encuentra, con el articulado que ustedes tienen a consideración.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Lo que iba a plantear se desprende lo que acaba de mencionar la doctora Alfonso. Por lo que han expuesto, estarían de acuerdo con que el proyecto se apruebe así como está. Podría haber algunos detalles mínimos, sobre todo porque en el área del estatus mental no es tan fácil hacer definiciones como, por ejemplo, en el caso de la hipertensión, para lo cual hay un rango, sino que depende de condiciones sociales, culturales, etcétera.

Acá hay una cosa que es muy importante para nosotros, sobre todo, por ustedes, porque se trata de una organización que tiene una larga experiencia en el tratamiento y es respetada. Además, representan a varios colectivos. Concretamente, ustedes, como representantes de todos los colectivos, ¿entienden que sería conveniente aprobar el proyecto como vino del Senado, donde fue aprobado por unanimidad, a fin de ir al centro del asunto, que es que se pueda ejecutar la nueva política?

SEÑOR ACUÑA (Ricardo).- Este proyecto surge en el marco de una negociación de todas las organizaciones. Si cada una de las instituciones que representamos hubiera tenido la oportunidad de presentar un proyecto, lo hubiera hecho. Es decir, tendríamos cada una un proyecto de ley. Yo creo que el llamado que hizo el Ministerio de Salud Pública a todas las organizaciones, el tiempo que llevó la elaboración con diferentes grupos de trabajo, los aportes que se hicieron en el Senado lo enriquecieron y me parece que nuevas modificaciones no le agregarían sustancialmente nada al proyecto. La ley es un marco habilitante. Nos permite hacer muchas cosas; entonces, el partido se va a jugar en la reglamentación y en el Plan de Salud Mental. Ahí le vamos a dar la gradualidad al proceso de las reformas.

En ese entendido de que no agregaría sustancialmente nada y de que nos urge empezar con las otras etapas es que nosotros estamos de acuerdo con mantener el proyecto tal como viene del Senado, porque tenemos muchas dificultades y siempre pensamos: “Si tuviéramos la ley, eso nos legitimaría, nos validaría para plantear tal cosa,

para hacer tal otra". Y estamos acotados. Un ejemplo son las asimetrías que hay respecto del sector público y el privado, o entre Montevideo y el interior. En el interior no tenemos psiquiatra en Treinta y Tres, tenemos dificultades para tener esa especialidad.

Hay que tener en cuenta también el impulso que queremos a dar a nivel técnico. En octubre va a tener lugar el Congreso de Psiquiatría del Uruguay. Vamos a traer a un técnico andaluz que nos está ayudando desde hace años en una propuesta innovadora, con resultados probados en el capítulo de la recuperación y la lucha contra el estigma de la enfermedad mental. Habrán visto un par de *spots* que lanzamos en los últimos días de "Salud Mental sin Prejuicios", reivindicando el derecho al trabajo de las personas con trastornos mentales. Todo eso fue aprendizaje que nosotros obtuvimos a través de este experto y los vamos a participar en alguna de las instancias.

Disculpen si me extendí, pero es casi un pedido especial de que este proyecto se apruebe rápidamente, así como está.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Ha sido concluyente la respuesta y define el punto de corte. Pensamos que, como toda ley, necesita un sustrato material. No hay una buena ley, por mejor que sea, si no tiene una asignación material presupuestal y esto tiene que coincidir con el presupuesto, que se define también este año. Ustedes me aclaran que a veces no es solo el presupuesto, sino que esto determinaría definiciones de política de salud y no es necesario depender del presupuesto. Se puede utilizar el presupuesto anterior para no retrasar la toma de decisiones.

Nos queda muy claro que sería muy bueno que el proyecto de ley se aprobara como está. Además, es fruto de un consenso y cuando se llega a un consenso, cada uno cede algo para lograr un objetivo. Si no, tendríamos muchos proyectos y nunca alcanzaríamos un acuerdo.

SEÑOR ACUÑA (Ricardo).- Hay que agregar todo lo que tiene que ver con aspectos de gestión innovadores, como por ejemplo los procesos asistenciales integrados, las unidades de gestión clínica. Es necesario empezar a pensar en capacitación por competencias profesionales. La Sociedad de Psiquiatría está en contacto con el colegio médico para poder impulsar este tipo de reformas. Estos son los tres grandes ejes de la calidad en el proceso asistencial: procesos asistenciales integrados, unidades de gestión clínica y gestión por competencias profesionales. Eso va a atado a la modificación en el campo del trabajo médico y se une a los cargos de alta dedicación. Con esta base, podemos empezar a implementar cambios en ese sentido y podría aportar, además, al resto de la organización del sistema sanitario. El área de salud mental podría ser un plan piloto para después expandirlo a otros niveles del sistema.

Tiene la ventaja, por ejemplo, de que está articulado con la normativa del Sistema Nacional Integrado de Salud. Está articulado con la ley sobre derechos y obligaciones del usuario. Con ese entramado normativo podemos seguir avanzando en esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero referirme a lo que los compañeros estuvieron comentando en el sentido de que esta será una ley fundamental para nosotros, para el Ministerio de Salud Pública y, en general, para todos los uruguayos. Ni bien comenzó la Legislatura, en la primera visita del ministro Basso a la Comisión, nos comprometimos a rápidamente ponernos a trabajar y concretar este proyecto de ley que hoy estamos analizando.

De todas maneras, nunca se pierde tiempo; lo conversaba con otros compañeros. Este proyecto de ley viene siendo trabajado desde el Ministerio con todas y cada una de las organizaciones sociales y sindicales, el Sindicato Médico, la Federación Médica del Interior, ustedes, radio Vilardevoz, familiares, Caminantes, etcétera. Cada uno tiene una

óptica distinta, pero todos confluyen en la necesidad de que tenemos que cambiar el paradigma de la salud mental. ¡Todos! Cada uno le da su enfoque. Los psicólogos le dan un enfoque distinto al que le dan los psiquiatras; en fin, hay una variedad. Este proyecto que estamos analizando resume cada una de las opiniones y ustedes, que son personas que están metidas adentro y conocen, saben que cada modificación, cada coma, cada institución que se forma genera problemas. Yo estoy convencido de que todos los actores: legisladores, Poder Ejecutivo, sociedades, cada uno, le haría modificaciones. No cabe ninguna duda. Ahora bien, hay modificaciones que es necesario hacer si queremos cambiar el concepto de salud mental. El artículo 1° ya lo cambiamos ayer, porque no se puede hablar de trastorno mental, porque es seguir estigmatizándolos. Entonces, pusimos la expresión “usuarios de los servicios de salud mental”.

Va a haber pequeñas correcciones y, obviamente, este proyecto va a volver al Senado. Lo digo para que quede claro que el proyecto no se va a votar a tapa cerrada en esta Comisión. Obviamente, cada uno de los integrantes de la Comisión tiene la libertad de expresar su opinión y el colectivo determinará los cambios. Estamos de acuerdo con que no va a haber cambios sustanciales. El órgano de revisión quedará igual, que es uno de los temas en los que hubo más conflicto. Los equipos de salud tampoco se van a tocar. Queremos dar tranquilidad en cuanto a que el sustrato fundamental del proyecto no se va a cambiar. Tampoco podemos quitarle la posibilidad a un legislador de que haga una propuesta y después la consideraremos, porque de eso se trata. Tenemos claro, porque lo planteamos ayer, que existe premura en aprobarlo porque esto depende mucho del presupuesto nacional, que se va a empezar a tratar en julio.

Digo esto porque hay una cosa que me preocupa, que es quitar la limitación de los treinta días de internación. Yo era partidario y sigo siendo -aunque va a depender de lo que diga el ministro de Salud Pública- del proyecto que vino originalmente del Poder Ejecutivo, que daba una gradualidad, dependiendo de las condiciones que tuviere el Ministerio para implementarlo. Si bien la ley requiere una reglamentación, a partir del día después de que sea promulgada, un paciente tendrá la libertad de estar internado sesenta días. Ustedes, fundamentalmente los que son psiquiatras, saben que en el sector privado hay un contrato de gestión firmado con la Junta Nacional de Salud, que es la que estipula “Yo te pago en función de una cantidad de prestaciones”. Dentro de las prestaciones, están los treinta días de internación. Yo no sé si hoy están dadas las condiciones para que de un día para otro las instituciones internen indefinidamente. En el Senado sacaron la gradualidad que había o la discrecionalidad que se le daba al Poder Ejecutivo. Eso depende del presupuesto. Si se quiere dejar como vino del Senado, requiere presupuesto. No hay otra alternativa. Por eso, esta Comisión entiende que debe tratarlo lo más rápido posible y que vuelva al Senado. Obviamente, estamos trabajando con nuestros senadores, a los efectos de hacer estas pequeñas modificaciones y que vuelva rápidamente para ser aprobado.

Quería dejarlo claro, porque algunos colectivos venían con una posición distinta a la de ustedes. Querían rediscutir esto. En cambio, ustedes vienen diciendo que se apruebe así como está. No va a ser ni una cosa ni la otra. Algunas modificaciones, aunque menores, va a haber.

En este sentido, quiero trasladar una pregunta científica. El artículo 5°, dice: “El consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales o ilegales será abordado en el marco de las políticas de salud mental, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación”.

En lo personal, estoy de acuerdo con dejarlo así, pero hay algunos compañeros legisladores que consideran que debemos definir qué se entiende por consumo

problemático. Eso está en la exposición de motivos. Entonces, desde el punto de vista técnico, puede haber consumidores de sustancias psicoactivas legales e ilegales que no generen problemas a la comunidad y nunca van a llegar a un equipo interdisciplinario de salud mental porque consumen lo que fuera, pero responsablemente. La pregunta que yo les hago es si consideran que hay que definir el consumo problemático específicamente en un artículo o alcanza con lo que dice la exposición de motivos, que lo define claramente.

SEÑORA ALFONSO (Graciela).- Primero voy a hacer una puntualización con respecto a su pregunta y después me gustaría aclarar algo en relación con los treinta días.

El uso problemático de sustancias psicoactivas es un concepto clínico que nosotros manejamos en el ámbito sanitario. Si tuviéramos que definir cada concepto clínico, tendríamos que aclarar qué es la psicosis crónica y otras enfermedades. Me parece que no necesariamente se tendría que especificar. Los equipos asistenciales van a poder discernir a qué usuarios se van a abocar determinadas prestaciones. También en lo que tiene que ver con prevención nosotros vamos a poder trabajar en situaciones de riesgo y de vulnerabilidad aunque el consumo no sea problemático.

O sea, el accionar sanitario es muy amplio y a veces no queda exactamente obligado a la definición clínica, sino que la prevención abarca situaciones que están en riesgo de transformarse en un problema de salud.

No sé si esta respuesta conforma.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, sí; estoy convencido.

SEÑORA ALFONSO (Graciela).- Por otro lado, quiero puntualizar lo relativo a los períodos de internación.

Cuando la asistencia sanitaria es oportuna, adecuada y de buena calidad, el período de internación tiende a disminuir. Si trabajamos precozmente y hacemos promoción y prevención de salud, los períodos de internación se acortan y en muchos casos, en menos de treinta días, logramos el alta.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Quizás se podría indagar en el sector privado y en el Fonasa cuán pesada es la carga de pacientes que requieren más de treinta días; digo esto porque es el Fonasa activo el que paga y no el Fonasa pasivo.

Tal vez podríamos hacer un breve sondeo y saber a cuántas personas nos estamos refiriendo; es un aporte; no sé si insumirá mucho tiempo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ya se hizo.

SEÑORA ALFONSO (Graciela).- También podrían hacerse comparaciones con los reingresos de otras patologías, pues sabemos que el diabético o pacientes con otros trastornos también reingresan.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estamos todos de acuerdo.

Me parecía que la redacción del Ministerio de Salud Pública era más acorde, pues decía lo mismo, pero con gradualidad, de acuerdo con las posibilidades que se tienen; no imponía cumplir con esto al otro día, porque se generaría un problema sin precedentes. Eso lo definirá el Ministerio.

En definitiva, llamaremos al ministro y dirá si va el proyecto del Senado o del Poder Ejecutivo; para nosotros es eso.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Es un tema complejo.

Si existiera una buena gestión clínica, tal vez muchos pacientes estarían internados menos de treinta días. Cuando Salud Pública derivaba a los CTI privados, la tendencia a estar internados era la mayor cantidad de días posibles, hasta que se instaló un servicio de inspectores y se comenzó a monitorizar; a partir de ahí, se determinó que no eran necesarios tantos días de internación; esto era así por intereses del sector privado al no existir controles.

Aun dentro de los treinta días, estaríamos asignando recursos que no serían los correctos. Creo que disminuiría la internación.

Es cierto que hay gente que reingresa por su propia patología, como cualquier otra patología en general. Uno puede elaborar la mejor ley, pero no contar con la base material para mantener ese servicio. Lamentamos que haya llegado el proyecto en estas condiciones, porque se podría haber definido antes.

Creo que aquí el centro está en el mecanismo de control del sistema, porque de lo contrario, no serían tantos pacientes. Además, se contradice con el espíritu de la norma, en el sentido de que estaríamos evitando las internaciones prolongadas; sería un sistema axilar con un nuevo criterio, de entrada y salida; serían unos días de vacaciones para volver de nuevo.

Creo que habría que reevaluar si el paciente es bien tratado, y más con el arsenal terapéutico que tiene ahora.

SEÑOR SCHICKE (Rodolfo).- Sé que no es mucho. Esta es la única patología que tiene una limitación en los plazos de internación. Obviamente, los familiares no estamos de acuerdo con eso, porque ni nosotros ni nuestra familia tenemos por qué saber sobre esta situación, de la que a veces nos enteramos a la mitad del proceso del tratamiento.

Por lo tanto, todo lo que flexibilice los treinta días será bienvenido. Si hoy está financiado o no, será un asunto a resolver, pero para nosotros es importante que esa limitación no exista; que después los hombres y las mujeres lo usemos mal en función de nuestros derechos y no del destinatario del servicio, no creo que lo resuelva ninguna ley. Reitero que para nosotros es prioritario que esa limitación desaparezca.

Con respecto a las definiciones, excepto el término “psicópata”, que es de uso común no técnico y totalmente despectivo, todo lo demás, ni a nosotros ni a nuestros familiares, que son los verdaderos destinatarios de esta ley, nos interesa. ¿Es perfectible? Seguramente que sí, y es lo que todos estuvimos hablando.

Insisto que con respecto a lo que hoy tenemos, esto implicará una mejoría muy importante. Creo que en función de eso hay que trabajar.

SEÑOR ACUÑA (Ricardo).- Yo también soy clínico, psiquiatra clínico. En una de las instituciones en las que trabajo, en psiquiatría, hago todo: emergencia, policlínica, internación, domicilios.

Para mí no corren los treinta días, porque si un paciente necesita estar internado más días, no le doy el alta, independientemente de quien me llame, porque sé que el paciente requiere estar internado.

A su vez, si no es necesario que los pacientes estén internados, no se quedan días de más, yo les doy el alta en forma inmediata. Hay muchos colegas que hacen esto.

Lo que quiero decir es que las internaciones que se prolongan más de treinta días no mueven la aguja del financiamiento de las instituciones. ¿Por qué? Porque entre el 50% y 70% son gastos en recursos humanos; el gasto en psiquiatría y psicología -lo

pueden confirmar- es muy menor respecto al resto de la asistencia médica. Dentro de la psiquiatría, una cosa son los pacientes que se internan, que pueden ser el 10%; un porcentaje menor dentro de ese 10% corresponde a quienes requieren más de treinta días de internación.

Es decir, yo tengo un paciente en esas condiciones, a quien no le pienso dar el alta hasta que no se solucione su situación social, porque cuando salga a la calle no tendrá sostén alguno y se tirará al piso, abandonará la medicación y generará situaciones en la vía pública; hasta que yo no tenga un asistente social y un familiar que me garanticen la continuidad del tratamiento, no le daré el alta, porque en la calle se encontrará en una situación de riesgo.

Quiero subrayar que las internaciones por más de treinta días no mueven la aguja económica de las instituciones.

Por otro lado, si se habla de estigma por el trastorno mental, acá estamos estigmatizando a los pacientes, que son los únicos que mantienen el límite de la internación. Esto es algo que no se puede permitir en una nueva ley, pues se deberá establecer claramente que tienen los mismos derechos que el resto de los usuarios del sistema sanitario.

A su vez, la Asociación de Psiquiatría, la clínica psiquiátrica, todas las organizaciones de psiquiatras del Uruguay no estamos de acuerdo con no mencionar el trastorno mental, porque sería reestigmatizar, y en lugar de ocultar a las personas que tienen trastornos mentales, ahora los ocultamos con eufemismos, como si no fueran patologías, enfermedades o trastornos mentales. Cuando los colectivos que salieron a reivindicar derechos no se ocultaron, sino que reclamaron de parte de la sociedad que fueran tratados como iguales aunque tuvieran una condición diferente.

Entonces, para luchar contra el estigma tenemos que llamar a las cosas por su nombre y que la sociedad empiece a aceptar que quienes tienen una la enfermedad mental o un trastorno mental -como decían los *spots* sobre el derecho al trabajo- son personas que pueden estar integradas.

En cuanto al derecho a la vivienda, es importante que los derechos estén consignados, explicitados en la ley; después veremos cómo se operativiza con el plan de salud mental. No quiere decir que todo lo que establezca la ley se deba hacer al otro día; la reglamentación y el plan darán la gradualidad y las modestas metas del principio. Debemos empezar por la capacitación de todos los recursos humanos, es decir, psiquiatras, enfermeras y psicólogos para poder actuar de manera integrada, tenemos que capacitar mandos medios y privilegiar el primer nivel para que sea la efectiva puerta de entrada al sistema. Todo esto requiere capacitación y llamar a las cosas por su nombre.

SEÑOR PRESIDENTE.- Siempre es muy importante el aporte. Hasta ahora es el primer aporte desde el punto de vista científico que recibimos; hemos recibido a otros colectivos; uno puede compartir.

Yendo al planteo que realicé, creo que todos estamos de acuerdo. Voy a leer el proyecto del Poder Ejecutivo, que dice: "[…] (Extensión de la cobertura). La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente […]".

Reitero que esto es lo que vino del Poder Ejecutivo, lo que conversaron ustedes y todos los colectivos, que llegaron a un acuerdo sobre el ingreso del proyecto

En el Senado se eliminó el segundo inciso.

Nosotros, como integrantes de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, debemos hacer la consulta correspondiente al Ministerio de Salud Pública. Como legisladores, como comisión, no podemos tomar una posición sin previa consulta. Si el Ministerio de Salud Pública nos dice que quedará como en el Senado porque ya hablaron con los senadores y ese fue el acuerdo alcanzado, nosotros le damos para adelante, porque no tenemos ningún tipo de problemas. Digo esto para que quede claro.

Por eso el país tiene dos cámaras, un sistema bicameral. No todo lo que se vota en una cámara se debe votar en la otra, porque tenemos libertad de expresar nuestros argumentos y discusiones.

Sí nos comprometemos a aprobar esto rápidamente. Las pequeñas modificaciones que haremos estarán en consonancia con el Senado, es decir, el trámite será en un día, va, se vota y queda aprobado el proyecto.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Agradecemos su presencia y sus aportes.

(Se retira de sala la delegación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata)

(Ingresa a sala una delegación de pacientes con fibromialgia)

——Damos la bienvenida las señoras Rosamari Otero, Claudia Souto y Adriana Robaina, pacientes con fibromialgia.

SEÑORA SOUTO (Claudia).- Nosotras pertenecemos a ASSCI- Uruguay, que es filial de la Asociación Síndrome de Sensibilidad Central Intercontinental. Quizás la más conocida de estas enfermedades sea la fibromialgia. Hay otras enfermedades igualmente graves e invalidantes como la sensibilidad química múltiple, la encefalomielitis miálgica, la electrohipersensibilidad y otras patologías no tan conocidas. En Uruguay está reconocida como enfermedad la fibromialgia, que desde 1992 está reconocida por la OMS. Las otras dos patologías no están reconocidas.

Somos una asociación de pacientes y pertenecemos al plenario de asociaciones. El SMU respalda nuestro trabajo y estamos trabajando con su gente y con el señor diputado Abdala en algunas sugerencias para mejorar el proyecto de ley sobre fibromialgia. Por eso también quisimos venir hoy, para contarles el trabajo que estamos realizando y expresarles nuestras sugerencias -que también trajimos por escrito- para mejorar el proyecto. Ese sería el objetivo principal de nuestra visita.

SEÑOR MIER ESTADES (Egardo).- Soy médico jubilado y diputado por Treinta y Tres. Yo acompañé con mi firma el proyecto del señor diputado Abdala. Le avisé ahora que estaban aquí, pero tal vez esté en otra actividad.

Quiero aclararles que el proyecto ya fue presentado y está en carpeta para ser estudiado. El señor diputado Abdala ya estuvo en contacto con el ministro Basso y se generó un ámbito de intercambio para que el proyecto siga avanzando. Disculpen si les estoy informando algo que ya saben, pero les quería trasmitir esa tranquilidad.

Más allá de que nos dejen las sugerencias por escrito, si tienen algo para puntualizar, es importante que lo digan.

SEÑORA SOUTO (Claudia).- La Asociación, que hace más de diez años está trabajando en Uruguay, está de acuerdo con la forma y el contenido del proyecto. Es más, las plataformas casi coinciden, pero encontramos que hay algunos puntos que tendrían que ser contemplados.

El proyecto hace referencia al derecho jubilatorio de las pacientes con fibromialgia. Nosotros entendemos que el tema laboral debería enfocarse desde dos aspectos: por un lado, el derecho jubilatorio para las personas que lo necesitan y que tengan una incapacidad de más del 65% o 70%; por otro, la posibilidad de que las personas que quieran trabajar puedan seguir haciéndolo, con un amparo legal que hoy no tienen. Es importante tener en cuenta que las personas que están trabajando pueden ser despedidas por certificarse. Muchas veces, un empuje de fibromialgia no es causal de certificación o puede suceder que la persona vuelva al trabajo y sea despedida. Tenemos el caso de una socia que trabajaba en un comercio, en Toto. Tuvo un empuje muy grande, estuvo de licencia, volvió con bastón y no la querían dejar ingresar a trabajar. Atendía público y, para la empresa, una persona con bastón no podía atender público. Hicimos una gestión a través de un abogado y logró entrar igual, pero ese es el nivel de desamparo que se vive. La encargada del local le dijo: “Tú entras, pero es tu responsabilidad. Si te caes, si tienes un accidente, es tu problema”. Es bastante *shockeante*.

Lo que pretendemos es que las personas que quieren seguir trabajando porque lo pueden hacer tengan la posibilidad de ser reubicadas o se les asigne un horario adecuado a sus posibilidades. Una persona con fibromialgia quizás no pueda trabajar diez horas, no pueda trabajar parada o no pueda trabajar ocho horas sentada. Lo que pedimos es que se contemple la posibilidad de que sea reubicada en el trabajo.

La fibromialgia se diagnosticaba entre los cuarenta y los cincuenta años. Hoy tenemos niños y niñas con ese diagnóstico. Tenemos socias adolescentes. También se sabe que hay una predisposición genética. Mi hija tiene veinte años y presenta síntomas que ya se los están estudiando. A esa edad, si se piensa en una jubilación con el diagnóstico, ¿qué futuro tiene una persona? Por eso, creemos que es importante tener en cuenta las dos cosas, poner en una balanza. Si la persona puede seguir trabajando, que lo haga con un amparo legal; si no, por supuesto, que se la ampare en su derecho jubilatorio.

Por otro lado, tenemos un grave problema cuando llegamos a una emergencia, ya sea en ASSE o en una mutualista. No hay un protocolo en la puerta de emergencia. Así como en el caso de un paciente que tiene un diagnóstico cualquiera llaman a un especialista, en el caso de una persona con fibromialgia no llaman a un reumatólogo o a un internista. La ve cualquier médico, uno de medicina general o cualquiera que esté ahí. No hay una obligación de la emergencia de llamar al especialista. Esto hace que no pase nada. Le dan un inyectable o lo que se le ocurre al médico que esté en puerta en ese momento y la mandan de vuelta para la casa. Entonces, si no la atiende un especialista, el empuje no mejora. Eso también es importante. El paciente que llega a puerta, si es en una mutualista, está pagando el tique de emergencia igual que otro paciente, que un diabético, un hipertenso o una persona con problemas cardíacos, pero no se llama a un reumatólogo o a un internista. Esto no es menor en cuanto a la atención médica.

Otra cosa importante es que en el BPS la fibromialgia no es considerada enfermedad invalidante. Solamente suma un 10% en caso de que vaya unida a una enfermedad psiquiátrica, como por ejemplo la depresión. Hay personas que se han acercado a la Asociación y nos han dicho: “Yo entré llorando al BPS, diciendo que me quería matar, para que me jubilen”. No es una conducta avalada por la Asociación, pero

existe. Es el colmo de lo no digno tener que mentir para que te jubilen o para que al menos te tengan en cuenta, para que te hagan una junta médica.

Otra cosa que para nosotros también es importante es que en el interior no hay especialistas. Sabemos que pasa en una cantidad de enfermedades, pero hay lugares en el interior donde ni siquiera hay reumatólogos. Por ejemplo, en Cardona hay un reumatólogo que va una vez por mes y da una cantidad muy limitada de números. Entonces, esas personas no pueden acceder a la atención que necesitan.

SEÑORA ROBAINA (Adriana).- Nos preocupa mucho la gente del interior, porque estando en Montevideo, si tenemos un empuje, nos movilizamos en ómnibus, en taxi, con un vecino y nos van a recibir a pesar de que nunca vayan a llamar a un reumatólogo. Pero el problema del interior es que ven un especialista, ya sea psiquiatra o reumatólogo, los medican y recién a los sesenta o noventa días podrían verlo de nuevo. Ese medicamento que les dio les ocasionó efectos secundarios porque, al tener sensibilidad química, casi nunca la medicación es igual para todos, y tienen que esperar sesenta o noventa días para ser atendidos nuevamente, con otra patología que no tenían, como una alergia crónica. Terminan en una emergencia con prednisona. Es peor y nunca se les resuelve el tema. De repente, recién a los seis meses pueden llegar a una medicación, porque no hay especialistas. Día a día nos comentan esa realidad.

SEÑORA SOUTO (Claudia).- En la exposición de motivos hay un párrafo que habla de la fibromialgia como enfermedad de sensibilización central. Yo tengo sensibilidad química múltiple desde hace más de veinte años. Me diagnosticaron en el exterior, porque en Uruguay solo hacen este diagnóstico en el Hospital de Clínicas y por exposición laboral a químicos, que no fue mi caso. Es una patología grave, porque como los médicos no la conocen ni siquiera puedo ir a una emergencia, puesto que me puede matar un medicamento cualquiera. Entonces, los empujes y las crisis las paso en mi casa, con oxígeno y aislada.

A pesar de que el proyecto es específicamente sobre fibromialgia, pretendemos que por lo menos se mencionen las otras enfermedades de sensibilización central aunque sea en la exposición de motivos, porque eso nos daría la posibilidad de estar un paso adelante y abrir las puertas a que en un futuro no muy lejano se pueda empezar a investigar o, por lo menos, se incluyan en la lista de enfermedades reconocidas en el Uruguay.

También es importante tener en cuenta algo que aparece mencionado en el proyecto y en lo que, quizás, haya que hacer más hincapié. Muchas veces, la fibromialgia ni siquiera es conocida entre el personal de salud. Estamos trabajando mucho a nivel de la Intendencia, con las autoridades de transporte, de certificaciones médicas, de discapacidad. Hay médicos que no conocen la enfermedad, que nos han planteado: “Pero es una enfermedad psiquiátrica. No existe”. Estoy hablando de hoy, en 2017, a pesar de que desde 1992 está reconocida por la OMS como una enfermedad orgánica. Estamos en un anacronismo tremendo.

Pasa también en el BPS, en las juntas médicas. Hay mucho destrato. En las juntas médicas se dedican, en general, a tratar mal a los pacientes. Es importante considerar las consecuencias que eso tiene en las personas. No se conoce la enfermedad, no tienen una atención adecuada, no están recibiendo la medicación correcta o directamente no existe y, además, en una junta médica no les creen, las tratan mal o las mandan sin una solución: “¡Andá a trabajar!”. Quizás esa persona no pueda ir a trabajar enseguida. Se queda sin trabajo, capaz que no puede conseguir otro y no tiene ningún tipo de subsidio. Es una situación compleja.

SEÑORA ROBAINA (Adriana).- Casi todos los médicos que nos atienden nos dan pregabalina, que en muchos lugares se indica en casos de herpes, cuando se irradia mucho la piel y revienta la cara. Esa es la medicación que nos dan. A muchos de nosotros, al tener sensibilidad, nos da efectos secundarios. Hay países en los que no está permitida la pregabalina. Muchos de nosotros empezamos a dejarla, sin decirle al médico, porque los dolores siguen persistiendo. Nosotros nos levantamos contenidos, es como que estamos en garra por el dolor. Vamos al psiquiatra -porque dentro del grupo multidisciplinario es el que nos tiene que atender- y las medicaciones que nos dan, como duloxetina o sarotex, también nos producen efectos secundarios. No logramos llegar a una mejoría.

¿Cuál es el problema de todo esto? Somos psiquiátricas. ¿Por qué? Porque el dolor irrita, nos da mal humor. Vivimos permanentemente con dolor. El día que nos levantamos sin dolor decimos: "¡Ay, qué divino vivir sin dolor!". Pero no pasaron tres horas desde que te pudiste sentar en la cama y hay que seguir adelante.

¿Que los médicos no te creen? A mí me pasó hasta que perdí toda la movilidad. Me sacaban placas de las manos. No aparecía nada y el dolor me consumía. Pasó un año y desarrollé una poliartritis reumatoidea deformante. Le podría decir al médico: "¿No se dio cuenta?". No; no aparecía en las placas, que son más baratas que una resonancia o una tomografía, donde se ve. Un montón de negligencias se van sumando al dolor y terminamos en angustia, depresión y en psiquiatras. Más allá de que está previsto que en grupo multidisciplinario nos atienda un psiquiatra, así terminamos.

SEÑORA SOUTO (Claudia).- Dentro del equipo multidisciplinario, que es lo recomendado internacionalmente para el tratamiento de estas patologías, tenemos el internista o reumatólogo -que son los médicos de cabecera-, el psiquiatra, el fisiatra -podría llegar a ser- y el psicólogo. Además, está la parte de rehabilitación física. La función de la medicación psiquiátrica es ayudar con el proceso de la inhibición del dolor. En realidad, el protocolo es ese. Nosotros tomamos antidepresivos, no por depresión, en algunos casos, sino porque ayudan a inhibir el dolor. Hay una etiqueta de que la paciente fibromiálgica es depresiva, demandante o loca. Hay que enfrentarse a eso.

Con respecto a las cifras, que también son importantes, hay por lo menos diez mil personas diagnosticadas con fibromialgia en Uruguay. Es una cifra a tener en cuenta.

SEÑOR MIER ESTADES (Egardo).- Coincido con una cantidad de aspectos que han mencionado, por mi experiencia como médico. Efectivamente, se trata de una enfermedad bastante desconocida aún hoy por los profesionales de Uruguay.

De todos modos, hay cuestiones que no pueden ni deben ser resueltos en una ley. En esta instancia tenemos que procurar aprobar un proyecto de ley que ponga la fibromialgia en el tapete del conocimiento y la cultura de los pacientes, de los médicos y del sistema sanitario, para que sea reconocida como una enfermedad, al igual que en otras partes del mundo. Esto debe ser así por parte de las instituciones prestatarias de salud y del Banco de Previsión Social, donde muchas veces llegan pacientes con diagnóstico de fibromialgia y no son considerados como lo ameritan. O sea, hay una cantidad de cosas con las que coincido, pero hay algunos aspectos que no deberían plantear en el ámbito legislativo. Por ejemplo -lo digo sin ánimo de polemizar-, no se puede establecer en una ley que el médico de guardia, en cualquier servicio de salud, debe llamar al reumatólogo cada vez que reciba un paciente con fibriomialgia. Si hacemos esto, también deberá llamar al diabetólogo cuando reciba a un diabético, y lo mismo con el cardiólogo.

Es en la parte cultural en la que debemos trabajar y no en aspectos legislativos. Reitero que es un ejemplo puntual.

Tomamos nota de los aportes. Intentaremos mejor este proyecto e intentar transmitirlo hasta crear un ámbito de trabajo con el Ministerio de Salud Pública -el propio ministro lo avaló- ; seguiremos avanzando tratando de colmar sus expectativas lo más que podamos.

SEÑOR SOUTO (Claudia).- El 12 de mayo se conmemora el Día Internacional de la Fibriomialgia, y ese día estaremos en la plaza de los bomberos.

SEÑORA OTERO (Rosamari).- Ya que está la parte del Ministerio de Salud Pública, ¿dentro de la ley no se podría proponer que exista un protocolo de atención para todos?

SEÑOR PRESIDENTE.- No; no es competencia de la ley.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Lo que ocurre es que tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud.

La ley es algo fijo y los enfoques de la medicina son cambiantes. Por lo tanto, se utilizan normas y protocolos, que es propio de la autoridad sanitaria y de los criterios de los distintos colegios médicos o especialidades que avalan el procedimiento

Por ejemplo, yo soy cardiólogo, y utilizamos tanto los protocolos de la Sociedad de Cardiología, que de acuerdo al estado del arte determina cómo tenemos que conducirnos, y los protocolos que fueron elaborados con base a las discusiones de protocolos norteamericanos y europeos. La mayoría de las decisiones que hoy se toman en medicina se basan en estudios multicéntricos y no como al médico se le ocurra.

Lo importante sería que la Sociedad de Reumatología, por ejemplo, tuviera esto en su protocolo y brindara un tratamiento más sistemático.

En la emergencia -como decía el señor diputado Mier- el médico de emergencia es quien asume el papel central, él puede llamar en consulta; porque si no fuera así, sería alguien que meramente entregara números o tratara el dolor de garganta. Se supone que actualmente casi todos los médicos de emergencia ingresan por concurso y están preparados para tratar cualquier situación, y no solo fibromialgia, con todo el componente de dolor, limitación funcional y afectación psicológica; no decimos que sea una enfermedad psicológica o psiquiátrica -algunos criterios la reconocen como enfermedad-, pero sí que crea un componente psicosomático muy importante.

El médico tomará la decisión; si no puede dominar el cuadro, dispone de analgésicos muy potentes, pero no para cualquier dolor. Ahora, los efectos del tratamiento, los antidepresivos o los inhibidores de la recaptación -como todos los recursos farmacológicos- no son inmediatos, porque demoran más de treinta días en hacer efecto; tampoco son curativos, porque lo que hacen es elevar el umbral frente al dolor. Es decir que por más de que haya un reumatólogo en la emergencia, tampoco podría lograrlo.

Creo que se debería formar un equipo de salud entre el reumatólogo, el médico general, el internista, el fisiatra, el psiquiatra y el psicólogo para brindar una atención integral. Me parece que esto es responsabilidad de la autoridad sanitaria y de las distintas instituciones de asistencia médica, y no tanto de una ley, porque en el día de mañana puede cambiar el enfoque. Esto tiene una base genética, molecular y bioquímica; en esta enfermedad hay una base material y no espiritual, como se planteaba antes.

Creo que en el futuro habrá cambios para el tratamiento de estas enfermedades, que determinará que cambie el protocolo. No creo que justifique una ley, que no es el caso de ustedes.

Muchas organizaciones plantean la existencia de una ley. Antes, cuando no había criterios para tratar a los pacientes por estándares internacionales, tal vez se justificaba, pero actualmente se trata por protocolos. Inclusive, en medicina legal los jueces se basan en esos estándares y no solo en la ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradezco a la delegación su concurrencia a esta Comisión.

Yo también soy médico y entiendo el sufrimiento y padecimiento de esta enfermedad, que en la academia no está reconocida como tal, por más que la OMS afirme y que en 1992 tal y cual cosa; en el concepto del equipo de salud y en el médico propiamente dicho, no se ha incorporado, aunque uno puede leer el texto.

Por supuesto que las dos enfermedades bioquímicas que se manifestaron, en mi época no existían, pero sí la fibromialgia; conozco de qué se trata porque tengo parientes muy cercanos que la padecen y sé de su dolor y el sufrimiento que genera.

Compartiendo la línea del señor diputado De León, no podemos ser irresponsables ante una enfermedad compleja como esta, al igual que los celíacos o un montón de otras enfermedades complejas de difícil diagnóstico y tratamiento, para las que no hay en el mundo un desarrollo científico que nos permita avanzar; para nosotros sería muy fácil elaborar una ley, pero con eso no arreglamos nada. Creo que debemos tomar el tema con mucha seriedad. El trabajo social que ustedes hacen, nucleando a las personas que tienen este trastorno, uniéndolos y golpeando puertas como lo hicieron acá -habrá que ir al Senado y al Ministerio- es importante. Hay cosas que nosotros desde acá podemos hacer, pero, para ser responsables, debemos saber la cantidad de pacientes que hay en Uruguay. No hay un registro de pacientes, y esto el Ministerio lo podrá hacer, porque no requiere de mucha idea, sino de una ordenanza ministerial que establezca que a partir de tal fecha, toda institución pública o privada, cada vez que atiendan un paciente -también se lo pueden pedir al reumatólogo, internista, neurólogo o a quien corresponda-, deberá llenar una ficha. De esta forma, al cabo de cierto tiempo sabremos cuántos pacientes con fibriomialgia tenemos, que son un montón.

SEÑORA ROBAINA.- El médico que no cree en la fibromialgia no llenará nada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como decía el señor diputado Mier, aquí el objetivo es un tema cultural.

El problema es que hoy no se puede diagnosticar. En Uruguay, y diría que en América Latina, no hay ningún elemento de sangre que determine que una persona tiene fibromialgia. No existe; no hay. Es un conjunto de signos, de laboratorio, de sintomatología y un montón de otras cosas por las que, en función de todo eso, me parece que puede tener fibromialgia. ¡Esa es la realidad actual! Hasta que no se invente el examen clínico que ponga el sello de que la persona tiene fibromialgia, tendremos problemas.

Entonces, la mejor manera es la organización social, luchando por los derechos para garantizar la cobertura de esta enfermedad, y en el ámbito del Ministerio, recabando información. Y en la medida en que los médicos comiencen a incorporar el tema, se empezará a generar una corriente.

En el período pasado fui presidente de la Junta Nacional de Salud, y he recibido a algunas de sus compañeras en silla de ruedas, venían del BPS porque les habían negado una pensión debido a que en ese organismo esta enfermedad no está convalidada.

Eso no se arregla con una ley. Y si bien vamos a poner en carpeta el proyecto, estudiarlo y modificarlo, no crean que con una ley este asunto se soluciona. Ustedes son el gran motor de futuro; tal vez, sus hijos logren ver los avances. Toda la sociedad en su conjunto -legisladores, Poder Ejecutivo y sociedad organizada- debería trabajar para mejorar un poco la calidad de vida, que es lo que ustedes están pidiendo: "No me cures, pero por lo menos dame calidad de vida".

Les agradezco mucho su visita.

(Se retira de sala la delegación de pacientes con diagnóstico de fibromialgia)

——La Comisión pasa a intermedio hasta la hora 15

(Es la hora 14 y 10)

——Continúa la sesión.

(Ingresa a sala una delegación integrada por representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Asociación de Psiquiatras del Interior, la Clínica de Psiquiatría de la Udelar, acompañados por el vicepresidente del SMU)

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a los representantes de un conjunto de organizaciones vinculadas a la psiquiatría. La delegación está integrada por la doctora María Concepción Ballocco, de la Asociación de Psiquiatras del Interior; las doctoras Beatriz De León y Mariela Pérez, de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia; la doctora Cecilia Idiarte Borda y el doctor Rafael Sibils, de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay; la doctora Sandra Romano, de la Clínica de Psiquiatría de la Udelar y el doctor Alfredo Toledo, por el Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑOR TOLEDO (Alfredo).- Agradecemos el espacio que nos brindan.

Para el Sindicato Médico es de mucho agrado estar una vez más en esta Comisión, en esta ocasión acompañando a los compañeros de las sociedades de psiquiatría a nivel nacional. Ellos han elaborado un documento. A continuación, harán los apuntes necesarios para contribuir a esta etapa, que esperamos sea la última, para la aprobación definitiva de la ley de salud mental.

SEÑOR SIBILS (Rafael).- Muchas gracias por recibirnos.

Soy el presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

En esta oportunidad venimos con la palabra de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Asociación de Psiquiatras del Interior y las Cátedras de Psiquiatría de adultos y de niños, dado que trabajamos juntos sobre este tema.

Voy a leer parte del documento que elaboramos -luego entregaré el texto a la Comisión-, haciendo hincapié en las cuestiones centrales, en lo que pensamos que es más importante

Dice lo siguiente:

“Las instituciones de psiquiatras mencionadas deseamos hacer llegar a la Cámara de Representantes nuestra opinión sobre el referido proyecto” -nos referimos al proyecto de salud mental que ya fue aprobado por el Senado de la República- “el que tendrá consecuencias sobre la atención a la población e incidirá en la forma de trabajo de muchas profesiones y disciplinas, entre las que nos contamos.

A nuestro modo de ver sus ejes han ido estructurándose en forma progresiva desde un inicio que podría fijarse -un tanto arbitrariamente- en 1984, al fin de la dictadura militar”. Para nosotros es importante plantear esto desde el punto de vista histórico.

Continúo: “Por entonces la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay elaboró el documento 'Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio' y comenzó a trabajar con múltiples organizaciones -gremiales, de usuarios, de familiares, científicas, universitarias-, conformándose un movimiento que coincidió bastante y disintió poco respecto a las pautas que debería tener un nuevo modelo de atención en Salud Mental.

El entusiasmo generado por la recuperada democracia contribuyó a que tales colectivos generaran importantes consensos y se estableciera una Comisión Asesora Técnica en el MSP”, que agrupaba a esas instituciones y que fue evolucionando junto con las sucesivas direcciones de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública hasta la actualidad. Todas esas direcciones de Salud mental fueron bastante habilitadoras con esta Comisión de asesores.

“A partir del trabajo conjunto de todos esos actores, en 1986 se elaboró un Plan Nacional de Salud Mental que proponía un modelo de atención universal, igualitario, integral y coordinado: un buen plan que fue implementado con luces, sombras y en forma un tanto desorganizada a lo largo de los últimos treinta años. Corresponde destacar que tenía la esencia del proyecto de ley que hoy está en discusión parlamentaria”. Ese plan planteaba muchas de las pautas que hoy están en primer plano.

Continúo: “En 2008 se puso en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud e incluyó la salud psíquica en su ámbito, facilitando a la población el acceso a consultas, fármacos, psicoterapia, electroconvulsoterapia, rehabilitación, etc.; hubo mejoras lentas y parciales en algunos sectores y en otros no.

Entre 2007 y 2009 el Grupo Política, Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del MSP elaboró un anteproyecto de ley con importantes aportes.

En 2013 la Sociedad de Psiquiatría organizó actividades acerca de políticas de Salud Mental con expertos nacionales y extranjeros -las que con distintos formatos han tenido continuidad hasta hoy- y en 2014 el tópico fue eje de las jornadas anuales de la Clínica Psiquiátrica.*” El asterisco que figura en el documento remite a todas las revistas oficiales de la Sociedad de Psiquiatría que fueron tomando estos documentos. Se puede acceder a ellas en la página web, si hay interés en cómo han ido evolucionando las cosas. Demuestran también que las sociedades de psiquiatría estuvieron muy cercanas a todo este proceso.

“Otros colectivos ligados a la Salud Mental también trataron el tema en diversos ámbitos y modalidades.

El proceso se aceleró en 2015. A mediados de año el Área Programática Para la Atención en Salud Mental del MSP con la contribución de los Grupos de Trabajo de la Comisión Asesora Técnica Permanente presentó el documento 'Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental'. En él colaboraron más de treinta organizaciones, muchas de las cuales habían estado presentes en los comienzos, en

1984”, o sea, hay una continuidad desde esa época hasta ahora. “Los psiquiatras intervinimos a través de las seis instituciones más arriba mencionadas.

Se realizaron múltiples encuentros entre todos los actores”, con concordancias y discrepancias, en un ámbito de trabajo muy democrático y participativo por parte de todas estas instituciones.

“En diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo presentó en el MSP el Proyecto de Ley de Salud Mental que enviaría a la Cámara de Senadores. Reflejaba el intercambio y mutuo aprendizaje de todos quienes trabajamos en su elaboración y proponía lineamientos valiosos; la evaluación que los psiquiatras realizamos fue en general positiva. No obstante, en ciertos puntos no acordamos y consideramos que podía ser modificado favorablemente, por lo que hicimos llegar a la Comisión de Salud de Senadores un detallado documento con sugerencias, muchas de las cuales fueron recogidas por el Senado. Otras organizaciones e instituciones también llevaron sus puntos de vista.

Finalmente, la Cámara de Senadores aprobó un proyecto” -el que vino a esta Cámara- “que a nuestro modo de ver permite sustanciales avances; asimismo, tiene aspectos mejorables y algunos con los que discrepamos. Más allá de estos últimos, consideramos que constituye un marco sólido y a la vez flexible para construir el Plan Nacional de Salud Mental que el artículo 8 de la ley establece, y fundamentamos tal apreciación en la siguiente síntesis: a) Su elaboración implicó la participación de múltiples colectivos sociales, académicos y científicos, ampliando la base democrática de su génesis. b) Hace suyos los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud: universalidad, equidad, accesibilidad y calidad, que abarcan tanto el ámbito público como el privado. c) Reconoce la importancia de los aspectos biopsicosociales y su incidencia en la salud. d) Sus ejes configuran un sistema que garantiza plenamente la atención y protección de los derechos de las personas con trastornos mentales. Propugna desarrollos técnicos orientados hacia la calidad de la atención en el ámbito sanitario (procesos asistenciales integrados y definición de competencias profesionales). Plantea la coordinación intersectorial en el diseño e implementación de políticas sociales para las personas con trastorno mental grave (acceso al trabajo, vivienda, educación, esparcimiento, integración social, lucha contra el estigma y seguridad en términos generales) así como apoyo para sus familias”.

Estos son aspectos técnicos, pero también aspectos de la dimensión social, que tienen que ver con la atención en salud mental. “e) Pone énfasis en la autonomía y privacidad para las personas portadoras de trastornos mentales y reafirma el consentimiento informado de las acciones terapéuticas que se les propongan, ya consagrado en las leyes de derechos del paciente y el código de ética médica. f) Incluye las adicciones como problema de Salud Mental”. Esto es importante porque, hasta ahora, la ley vigente no las incluye. “g) Mandata la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental, generando la oportunidad de implementar políticas de salud con objetivos, metas, financiamiento, evaluación y monitoreo”. Es decir, mandata elaborar un plan concreto de salud, que puede generar evoluciones positivas.

Por último: “h) Promueve el cambio de modelo de atención:

——Propone continuidad en la atención de la Salud Mental, enfatiza las instancias de prevención y promoción, define patrones de organización de las prestaciones y toma en cuenta la rehabilitación desde el principio del proceso.

——Expresa la necesidad de niveles, ámbitos y redes articuladas para proporcionar la atención más adecuada en cada caso.

——Exige equipos interdisciplinarios para diferentes tareas.

——Plantea diversas modalidades de hospitalización (tiempo completo, parcial, domiciliaria, en sala general o especializada) y prevé garantías y controles para todos los casos.

——Incluye el cierre progresivo de las instituciones asilares, no autorizando el ingreso de pacientes a las existentes y propone estructuras alternativas adaptadas a cada individuo y situación sociofamiliar.

——Anula la limitación que impone 30 días como plazo máximo de hospitalización para las personas que necesitan este recurso". Para nosotros, eso es muy importante, porque es una discriminación a los pacientes psiquiátricos. "- Crea la Comisión Nacional de Contralor de la atención en Salud Mental como órgano desconcentrado del MSP, con potestades para vigilar y supervisar el sistema de atención en todas sus instancias.

Estos aspectos conforman un avance muy significativo respecto al marco hoy vigente.

Respecto a los puntos del proyecto que creemos podrían mejorarse o con los cuales presentamos discrepancias, cuando se construya el nuevo Plan Nacional de Salud Mental los intercambios permitirán consensos para encontrar las mejores formas de poner en marcha lo dispuesto por la ley; en tales instancias expondremos nuestros puntos de vista y los cotejaremos con todos quienes estén aportando a la tarea.

Las actuales estructuras" -de atención en salud mental- "tienen carencias y fallas, y es necesario modificarlas sobre bases sólidas, científicas y realistas, y con apropiados recursos.

Los cambios que se han realizado desde que se esbozó el Plan de Salud Mental de 1986 han sido lentos, arduos y parciales, dado que se trata de un tema complejo sobre el que inciden intereses de variada índole (económicos, laborales, organizativos, de poder, etc.) que dificultan el avance. Incluimos entre ellos la defensa a ultranza de posturas teóricas rígidas o alambicadas hipótesis acerca de prácticas profesionistas.", que terminan por convertirse en obstáculos.

Continúo: "Por ende, no insistiremos a ultranza en aquellos aspectos con los que no estamos de acuerdo plenamente: creemos primordial poner en marcha el nuevo Plan más allá del articulado final que se vote; ya se ha hablado mucho y es momento de continuar sin empantanarse en discusiones. Las discrepancias que queden sin resolverse en el texto" del proyecto "- si son realmente válidas-, se van a evidenciar en la práctica y en tal instancia se solucionarán.

La salud mental es un concepto que atraviesa prácticamente todos los estamentos y ámbitos de una comunidad. Este proyecto tiene potencial para cambiar la calidad de la atención que recibe gran parte de la población; puede mejorar la vida de muchas personas -algunas muy vulnerables- e incidir positivamente en la gestión de las profesiones que intervienen en el área".

Cuando decimos que tiene potencial para cambiar la vida de muchas personas nos referimos a que los problemas de salud mental no son solamente de un pequeño grupo de pacientes graves -que son los más vulnerables y están considerados en este proyecto- sino que gran parte de la población tiene problemas de salud mental y necesita atenderse, y este proyecto considera esa posibilidad.

Continúo: “Todo ello -sumado a su construcción democrática- amerita que se comiencen a ejecutar sus términos sin dilaciones: se delinearon hace más de 30 años y, sin embargo, muchos aspectos importantes siguen inmodificados.

En suma, se trata de mejorar la calidad de la atención a la población y el ejercicio profesional, dos caras de una misma moneda.

En términos generales, este proyecto nos aproxima a esta oportunidad, pero los tiempos a veces parecen eternos y postergar las definiciones es continuar relegando a las personas, por lo que nuestra expectativa es que sea aprobado y la ley entre en vigencia lo antes posible para aportar nuestro trabajo a la elaboración, implementación y seguimiento del Plan Nacional de Salud Mental.

Hasta aquí lo sustancial de nuestra posición. Creemos que este es un buen proyecto de ley y quisiéramos que se comenzara a poner en práctica sin dilaciones”.

Eso es lo fundamental de lo que queríamos decir. A continuación, vamos a dejar como aporte un detalle de los aspectos del proyecto que creemos que son mejorables, acompañados de argumentos que los sustentan, minuciosamente elaborados con el artículo puesto en negrita y otras cosas en cursiva. Lo fundamental de nuestra exposición es que creemos que es un buen proyecto de ley así como está y quisiéramos que se pusiera en marcha lo antes posible.

SEÑOR SATDJIAN (José).- Agradezco la presencia de la delegación y el repaso que se hizo de la historia de este proyecto de ley. Se originó en 1985 -yo tenía un año de edad- y eso demuestra la importancia del asunto que hoy nos atañe y la energía e intelectualidad que insumió.

Estamos haciendo una suplencia y, por lo tanto, no sabemos si nos tocará votar este proyecto, pero estamos seguros de que se le va a dar celeridad a su tratamiento, porque en el día de hoy, en que hemos recibido a diversas delegaciones, hemos escuchado el mismo razonamiento sobre la necesidad de contar con esta herramienta que significará un cambio para esa población vulnerable tan significativa para nuestro país.

Nuevamente les agradezco. Me gustaría contar con el material al que hicieron referencia, que señala los puntos que ustedes entienden que se deben mejorar.

SEÑORA ROMANO (Sandra).- Hay algunos aspectos que en todo este proceso fueron muy controvertidos y decididos en su actual formulación luego de una extensa consulta. De pronto, no están todos de acuerdo con ellos, pero son producto de un largo proceso de elaboración.

Son tres temas en particular. Uno de ellos es el lenguaje empleado, que sabemos que ha sido difícil y sigue generando bastante controversia; otro, es el de los plazos para los cambios y, el tercero -que no figura en el proyecto, pero para nosotros es insoslayable-, es el presupuesto para la implementación de la ley.

En lo que tiene que ver con el lenguaje, debo decir que la actual formulación abarca un espectro amplio de situaciones vinculadas a la salud mental de toda la población, según diferentes etapas y situaciones. El capítulo 5, que refiere al abordaje, establece que los equipos básicos del primer nivel de atención en salud son los referentes del proceso asistencial, lo que en términos de atención implica la consideración de la dimensión psicosocial de la salud para toda la población; concretamente, se hace referencia a la salud mental. Por otra parte, la articulación entre niveles generales y especializados permite una mirada integral de la atención de las personas con problemas de salud mental y la detección y atención de estos problemas,

de los problemas de alta prevalencia y de los trastornos mentales. ¿A qué nos referimos con esto? Hay una serie de disposiciones en referencia a una población que es identificada como de mayor vulnerabilidad y de necesidades específicas que están vinculadas a su situación de alteración de la salud mental. En este caso hablamos de trastorno, y nos parece bien importante poder diferenciar entre una situación y otra, porque de alguna manera nos referimos a poblaciones específicas con necesidades particulares que requieren, por lo tanto, medidas específicas que las atiendan.

Otra cosa que ocurre es que muchos de los trastornos mentales, sobre todo los más graves, severos y persistentes, cursan con un deterioro del nivel de funcionamiento, del desempeño autónomo, de la participación social y del ejercicio de derechos. Esto tiene más que ver con la discapacidad, y nos parece que es importante que se pueda mantener la especificidad de cada población para poder atender sus necesidades particulares y, en ese sentido, garantizar sus derechos tanto a la atención como a recibir los apoyos necesarios para poder ejercerlos.

En cuanto a los plazos, hay una doble entrada. Por un lado, como planteaba el doctor Sibils, llevamos treinta años de proceso intentando modificar el modelo y la estructura de atención en salud mental. Cuando hablamos de un proceso de desinstitucionalización mucha gente se preocupa por el cierre de las estructuras y dice que, tal vez, no es el momento. Para nosotros esto es bien importante porque hace treinta años que lo estamos planteando y, de alguna manera, se requeriría la seguridad de que la ley lo plantee como un proceso que se inicia. A la vez, es imprescindible que haya recursos para que esto se pueda implementar y se creen estructuras alternativas. Es muy importante que esta ley dé un fuerte empujón a eso. Sabemos que estos plazos no son fáciles de establecer y nos parece que deben establecerse en el plan, no en el proyecto. El Plan de Salud Mental de 1986 -al que refería el doctor Sibils- está parcial y fragmentadamente implementado: en el sector público, fundamentalmente en lo que tiene que ver con los equipos de salud mental, y con mucha mayor dificultad en el sector privado, con estrategias de rehabilitación más instaladas en el sector público que en el sector privado. En este sector, después de las prestaciones de salud mental de 2011, en uno de los modos de prestaciones psicosociales, se incluye la rehabilitación como una prestación, que por múltiples razones, es el modo menos implementado a nivel de las instituciones. Hoy es así, y en general no se hace desde dentro del sector, sino que se terceriza. En el sector público esto está, pero le falta muchísimo desarrollo.

El otro gran tema que tiene que ver con la desinstitucionalización es la existencia de estructuras alternativas. Hoy hay 253 plazas en estructuras alternativas para los usuarios del sector público de salud. Estamos lejos de tener lo que necesitamos, pero no partimos de cero. Es imprescindible que esto salga para responder a las necesidades de la gente.

El tercer punto es el presupuesto para su implementación, lo que no está en el proyecto, pero vendrá dentro de poco. Hay cosas que tienen que ver con una asignación de recursos y otras con una redirección. Para pensar el plan a efectos de que esto se convierta en realidad el presupuesto va a ser esencial, tanto a nivel público como privado. Es muy difícil que el Ministerio de Salud Pública pueda impulsar un plan que se instrumente a nivel nacional si no hay forma de apoyar para que esto se realice.

SEÑORA VIEL (Stella).- Algunos nos encontramos en el 2015, y seguimos acá. Estoy muy agradecida de volverlos a escuchar.

Me encantó la historia que hicieron; la desconocía por completo. Me metí en las primeras reuniones del Sindicato Médico del Uruguay y del ministerio y ya quedé enganchada, sobre todo, con aquello de que nadie está libre. Es totalmente cierto; se lo

oí decir a muchos colegas de ustedes; es así. Este "niño" ya tiene treinta y tres años, según la fecha que ustedes dieron. Lo alimentamos todos; es una gran herramienta y como todas las leyes y como los tiempos varían iremos, cada uno de nosotros y los que vengan detrás, alimentando lo que viene de afuera.

En esta sociedad tan marcada, tan manipulada por distintas situaciones, tenemos esta herramienta. Un millón de gracias. Nos vamos a volver a encontrar, por lo menos, para festejar; esto tiene que salir antes del presupuesto. Estoy en la comisión que analizará el presupuesto y sé que va a ser difícil. Los desafíos están sobre la mesa; este hombrecito o mujercita ya tiene treinta y tres años y debe seguir este camino, no solamente por nosotros, sino por los que vienen. Muchísimas gracias por volver a estar hoy.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como muy bien se ha comentado, esta ley es absolutamente imprescindible para el Sistema Nacional Integrado de Salud

Creo que las sociedades que ustedes nuclean jugaron un rol muy importante desde 1986, y siguieron batallando a pesar de los pesares. En 2015 hubo un quiebre y el Ministerio de Salud Pública -órgano rector- tomó las riendas en el asunto y priorizó, entre tantos temas, el relativo a la salud mental porque estábamos mal; estamos mal. Estamos un poquito mejor que hace tres o cuatro años, pero seguimos teniendo dificultades.

En ese marco, integramos el equipo del Ministerio para buscar consensos. Si bien arrancamos con un producto ya consensuado durante mucho tiempo, quienes no manejamos la psiquiatría ni el lenguaje -algo importantísimo en esto- nos dimos cuenta de que había visiones totalmente opuestas. Si bien todos perseguíamos un fin común, es decir, un proyecto de ley humanista y vinculado a los derechos humanos, teníamos claro el norte, pero hay diferencias importantes. En tal sentido, trabajamos durante todo 2015 en la bancada del Frente Amplio a los efectos de colaborar con el Ministerio para que cuando el proyecto ingresara al Parlamento tuviera un sustento importante. Entonces, ingresa por la Cámara de Senadores un proyecto sobre el que después surgen modificaciones. Obviamente, venía con acuerdo de un partido político, pero al ingresar al Parlamento los partidos tradicionales también hicieron sus aportes. En ese juego democrático se llega a este acuerdo: el proyecto de ley que vino del Senado es un muy buen acuerdo.

Evidentemente, al venir del Senado, traía sus modificaciones con respecto a la iniciativa original del Poder Ejecutivo. Como era un proyecto muy importante y ambicioso, que no depende de esto; más importante es el Plan Nacional de Salud Mental; sin eso, esto no es nada-, decidimos recibir a todas las delegaciones que quisieran expresarse. Si bien lo hicieron durante el primer año en el Ministerio de Salud Pública y en el Senado, nos parecía bueno escuchar a los involucrados. Cada uno viene con su propia ley, propone cambios menores, pero todos tienen algo en común: que se apruebe rápidamente.

Entonces, estamos ante un dilema -que conversamos hace una hora con los compañeros de la Comisión- : si queremos mejorarlo -cada uno tiene argumentos a favor y en contra- o si tomamos la importante decisión de aprobarlo tal como vino del Senado. Esa es una discusión que tiene pendiente la Comisión.

A medida que recibimos las delegaciones, notamos que viene una -con derecho y con criterios sólidos- y da su opinión y, luego, otra, dice exactamente lo contrario. Entonces ¿cuál sería el mal menor? ¿Aprobarlo como está y corregirlo en el plan o empezar a modificarlo?

Aclaro que no soy psiquiatra y me cuesta el lenguaje y la interpretación, entonces, me parecía que no pasaba nada si se incorporaban palabras del lenguaje típico que se usa en psiquiatría, sin embargo, pasa mucho. Eso ya lo vimos hoy; se cambia el concepto. Es más, cuando nos dan las explicaciones desde un bando parecería que tiene razón. Decimos: "discriminar el trastorno mental como aquel enfermo...". Lo que queremos es desestigmatizarlo, y planteamos otros nombres como "usuario de los servicios de salud". De repente, vienen los psiquiatras y nos dicen: "¡No! Precisamente, la manera de no estigmatizar es tratarlos como son: personas con trastornos mentales". Ese es el dilema en cada uno de los artículos.

Nosotros sabemos que esto tiene que estar aprobado antes de fines de junio porque para llevar adelante esto se precisan recursos económicos. Si aprobamos después del presupuesto o no se incorpora un plan progresivo -no podemos pretender tener todo- en el presupuesto de salud pública, esto no camina. Esta Comisión se comprometió a dar rápido trámite al proyecto para que sea votado en el Senado en caso de que se le hagan modificaciones.

Obviamente, también debemos manifestar algunas preocupaciones que tenemos con respecto a sacar el plazo de treinta días para la internación. En el proyecto original del Ministerio de Salud Pública se hablaba de la gradualidad del Poder Ejecutivo. El primer inciso quedaba exactamente igual y se establecía que no había límite de internación. La gradualidad la pondrá el Poder Ejecutivo. En el Senado solo se saca. Haremos las consultas pertinentes para conocer la viabilidad de votarlo como vino del Senado o como lo envió el Poder Ejecutivo. Eso implica negociar con la Junasa y abrir el PIAS porque toda vez que uno incorpora una prestación debe estar financiada. Si el Ministerio asume que ya está arreglado, vamos por lo que envió el Senado. En cambio, si dice que volvamos a la redacción original, lo haremos. Eso no cambia nada; el Poder Ejecutivo simplemente implementará las acciones.

Hoy vimos que había una línea de corte en el paciente que tenía veintiocho días de internación en mayo y que en junio o agosto le daban quince días más; entonces, se pasaría de los treinta días. Hay que negociar con las instituciones de asistencia médica colectiva; con ASSE no, porque no hay plazo. Se trata de una consulta técnica política. El Ministerio dirá: "Dejen como está; nosotros nos encargamos". Por nosotros no hay problema.

El dilema que hoy tiene esta Comisión es si va a empezar a aceptar pequeñas modificaciones de cada uno de los colectivos. Notamos que si tocamos una coma, generamos un lío terrible. Se van a ir sin la respuesta porque todavía no lo discutimos.

SEÑORA BALLOCCO (María).- Se trata de una ley de derechos de salud mental. Cualquiera que se enferme -por ejemplo, un infarto de miocardio- tiene derecho a hacerlo las veces que sea; esto parece de perogrullo. Si yo me enfermo hoy de mi salud mental y tengo un cuadro depresivo y en noviembre vuelvo a tener una situación, tengo derecho a mi internación. Es como si me opero de la vesícula y más tarde tengo que sacarme un lunar.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑORA ROMANO (Sandra).- Podemos asegurar que el colectivo de las instituciones quiere que se apruebe el proyecto de ley; si no se introduce ningún cambio y ello acelera el proceso, nos parece perfecto. Lo que planteamos como comentario puede no ser considerado en este momento. Creo que podría regularse al momento de hacer el plan. Lo mejor de todo es contar con la norma.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos su presencia.

Se levanta la reunión.

===/